



	<b>MINTRABAJO</b>	<b>No. Radicado</b>	08SE2019747000100000441
		<b>Fecha</b>	2019-04-11 04:26:07 pm
<b>Remitente</b>	<b>Sede</b>	D. T. SUCRE	
	<b>Depen</b>	DESPACHO DIRECCIÓN TERRITORIAL	
<b>Destinatario</b>	SERVILOGISTICA SAS		
<b>Anexos</b>	0	<b>Folios</b>	1
COR08SE2019747000100000441			

SINCELEJO, 11/04/2019

Al responder por favor citar esté número de radicado

Señor(a),  
**SERVILOGISTICA SAS**  
**KR 5 37ª 31 local 2 BARRIO LA ESPERANZA**  
**SINCELEJO SUCRE**

**ASUNTO: Pruebas**  
**Radicación 027**

Respetado Señor (a)

Me permito informarle que mediante auto No. 0027 de fecha 15/01/2019, suscrito por la Directora Territorial, se ordenó la práctica de unas pruebas dentro del proceso radicada bajo el número de la referencia. En este sentido, sírvase remitir a este Despacho ubicado en la carrera 17 No. 27-11 de Sincelejo, la documentación que se relaciona a continuación. Para lo cual se le concede un término de tres (03) días siguientes al recibo de la presente comunicación.

Oficiar a la empresa **SERVILOGISTICA SAS** para que remita a este Despacho la siguiente documentación:

Copia del reporte a la ARL sobre el accidente de trabajo y enfermedad laboral de la señora LISETH MARIA BOHORQUEZ BOHORQUEZ; Informe de la investigación del accidente de trabajo y enfermedad laboral; Concepto técnico que de la investigación realizada del accidente y enfermedad emitió la ARL donde estaba afiliada la trabajadora; Constitución del COPASST; Copia del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo; Copia del plan anual de trabajo y/o cronograma de actividades 2015 a 2019; Copia de documentos actas que evidencien inducción re inducción y capacitación a su personal de trabajo en tema de manejo al riesgo y a situaciones peligrosas, en especial a la señora LISETH MARIA BOHORQUEZ BOHORQUEZ; copias de contrato de trabajo y la planilla de afiliación y pago de aportes al sistema en seguridad social en riesgo de la señora LISETH MARIA BOHORQUEZ BOHORQUEZ; medidas adoptada por la empresa para evitar y/o prevenir la repetición del accidente de trabajo y enfermedad laboral si como también las acciones correctivas del caso; acta de conformación del equipo investigador; copia de cedula y licencia y curso en salud

**Sede Administrativa**  
**Dirección:** Carrera 17 No. 27-11  
Sincelejo, Sucre  
**Teléfonos PBX**  
2812112. Ext.. 7014

**Línea nacional gratuita**  
018000 112518  
**Celular**  
120  
[www.mintrabajo.gov.co](http://www.mintrabajo.gov.co)





El empleo  
es de todos

Mintrabajo

ocupacional del profesional que participo en la investigación ; certificado de existencia y representación legal de SERVILOGISTICA SAS.

Para la práctica de las diligencias señaladas, se COMISIONA con amplias facultades al inspector de trabajo DR LEONARDO ANTONIO SIERRA PALENCIA quien practicará todas aquellas pruebas que se deriven del objeto de la presente comisión.

Atentamente,

**ISANA MENDEZ MERLANO**  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

**Sede Administrativa**  
**Dirección:** Carrera 17 No. 27-11  
Sincelejo, Sucre  
**Teléfonos PBX**  
2812112. Ext.. 7014

**Línea nacional gratuita**  
018000 112518  
**Celular**  
120  
[www.mintrabajo.gov.co](http://www.mintrabajo.gov.co)

